(19) **TJ** (11) **1162**

(51) **A61M 25/00; A61K 31/00**

Республика Таджикистан

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) Описание изобретения

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 2001489
(22) 07.12.2020
(46) Бюл. 172, 2021

(71)(73) Назаров Х.Ш. (TJ); Назаров Ш.К. (TJ); Хасанов Н. (TJ)
(72) Назаров Х.Ш. (TJ); Назаров Ш.К. (TJ); Хасанов Н. (TJ)

(54) **СПОСОБ СНИЖЕНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

(56) 1. Садуллоев Д.Н. Диагностика и коррекция синдрома внутрибрюшной гипертензии при острой толстокишечной непроходимости: дисс. кан. мед. наук / Д.Н. Садуллоев; -Душанбе, 2012.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее к абдоминальной хирургии, и может быть использовано для проведения предоперационной подготовки у больных с острым толстокишечным непроходимости опухолевого генеза.

Сущность изобретение заключается в том, что проводятся эндоскопическую реканализацию опухолевого стеноза с последующем введением промывную полихлорвиниловую трубку выше места сужения и введения в просвета кишечника (на следующей день после установления трубки) 5% раствор энтеродеза так, чтобы его объем в просвете кишечника ровнялось от 100 до 150 мл. Учитывая начало дезинфекционного влияния энтеродеза зонд перекрывается в течение 35-40 минут (для предупреждения обратного вытекания введённой жидкости), после чего он открывается для обратного вытекания введённой жидкости и освобождения кишечника от содержимого. Такую процедуру повторяют по 2 раза в день в течение 4-5 суток.

Изобретение относится к медицине, а точнее к абдоминальной хирургии, которое может быть использовано для проведения предоперационной подготовки у больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Прототипом изобретения является способ проведения эндоскопической реканализации опухолевого стеноза с последующим введением промывной полихлорвиниловой трубки выше места сужения, что способствует опорожнению её содержимого и снижению внутрикишечного давления [1].

Недостатком данного способа, в основном, является невозможность полного опорожнения содержимого кишечника, остатки, которые могут стать причиной дальнейшего продолжения эндотоксикоза, негативно влияющего на результат проведенной предоперационной подготовки больных.

Цель изобретения является улучшение результатов хирургического лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Поставленная цель достигается проведением эндоскопической реканализации опухолевого стеноза с последующим введением промывной полихлорвиниловой трубки выше места сужения (фиг.1) и введения в просвет кишечника (на следующей день после установления трубки) 5% раствора энтеродеза так, чтобы его объем в просвете кишечника равнялся от 100 до 150 мл (фиг.2). Учитывая начало дезинфекционного влияния энтеродеза, зонд перекрывается в течение 35-40 минут (для предупреждения обратного вытекания введённой жидкости), после чего он открывается для обратного вытекания введённой жидкости и освобождения кишечника от содержимого. Такую процедуру повторяют по 2 раза в день в течение 4-5 суток. Эффективность проведенного метода оценивали по нормализации клинических проявлений (снижение интенсивности болевых ощущений, уменьшение или исчезновение вздутия живота, исчезновение сухости во рту, уменьшение тахикардии и тд.) эхопризнаков ультразвукового исследования (нормализация диаметра кишки и её стенки, появление перистальтических движений) и улучшение лабораторных показателей, свидетельствующих о снижении воспалительных процессов и интоксикации организма.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. проведенная энтеросорбция, способствует осуществлению более эффективной дезинтоксикации организма;
2. поэтапное промывание кишки даёт возможность более оптимального проведения очищения кишечника от содержимого;
3. снижение внутрикишечного давления и уменьшение количества токсического содержимого кишечника даёт возможность улучшить кровоток в стенке кишечника;
4. проведение операции в более подготовленной кишке способствует снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Изложенное выше находит своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной Б., 68 лет. госпитализирован через 3 дня с момента появления первых признаков заболевания с диагнозом - острая обтурационная толстокишечная непроходимость. При проведении колоноскопии на дистальной части сигмовидной кишки установлен рак, циркулярно охваченной стенки кишечника, размером 4 х 3см, который являлся причиной непроходимости. С целью проведения предоперационной подготовки была выполнена эндоскопическая реканализация опухолевого стеноза, с помощью фиброколоноскопа “Olympus” CF-Z160 Pentax EC 380 70 FK 20 с последующим введением промывной полихлорвиниловой трубки выше места сужения. Для ускорения очищения кишки от накопленных в нём токсинов и улучшения процесса детоксикации организма, по предложенной в клинике методике, через установленное выше место сужения зонд (на следующей день после её установления) в просвет кишки ввели 5% раствор энтеродеза в объёме до 150 мл (учитывается вместимость установленного зонда). Учитывая начало дезинфекционного влияния энтеродеза, который соответствует 15-20 мин после ведения, перекрывали зонд в течение 35-40 минут, после которого открывали для обратного вытекания введённой жидкости. Такую процедуру повторяли по 2 раза в день в течение 6 суток. А также, с целью нормализации реологии крови и улучшения кровотока в стенке кишки ежедневно к инфузионной терапии включается 400,0 мл раствора реополиглюкина в течение недели. На 8 сутки после предоперационной подготовки (после улучшения клинических, инструментальных и лабораторных показателей) проведена операция - резекция сигмовидной кишки с наложением децендоректоанастомоза конец в конец. Послеоперационный период протекал гладко. На 10-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценки общего состояния больной был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Больная Т., 62 лет. госпитализирован через 5 суток с момента появления первых признаков заболевания. При колоноскопии на ректосигмоидальной части прямой кишки установлен рак, циркулярно охваченной стенки кишечника, размером 3,5 х 2,5см, который являлся причиной непроходимости. Была выполнена эндоскопическая реканализация опухолевого стеноза с последующим введением промывной полихлорвиниловой трубки выше места сужения. С целю детоксикации организма с по предложенной в клинике методике, через установленное выше место сужения зонд (на следующей день после её установления) в просвет кишки ввели 5% раствор энтеродеза в объёме 150 мл (учитывается вместимость установленного зонда) после ведения, которого перекрывали зонд в течение 35-40 минут с последующем её открывания для обратного вытекания введённой жидкости. Процедуру повторяли по 2 раза в день в течение 5 суток. Для нормализации реологии крови и улучшения кровотока в стенке кишки ежедневно к инфузионной терапии включается 400,0 мл раствора реополиглюкина в течение недели. На 6 сутки после госпитализации проведена операция - резекция дистальной части сигмовидной кишки и ректосигомидалной части прямой кишки с наложением саигморектоанастомоза конец в конец. Послеоперационный период протекал гладко. На 11-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценки общего состояния больной был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, предлагаемый способ снижения эндотоксикоза у больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза улучшает результат проведения операции у этой категории больных путём снижения эндотоксикоза и проведения вмешательства на более подготовленном к операции организме, что способствует уменьшению частоты возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Формула изобретения

Способ снижения эндотоксикоза у больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза, включающий проведении эндоскопической реканализации опухолевого стеноза с последующим введением промывной полихлорвиниловой трубки выше места сужения, **отличающийся тем, что** ежедневно по 2 раза в день в течение 5-6 суток в просвет кишечника через установленную трубку вводят 5% раствор энтеродеза в объеме от 100 до 150 мл, после чего зонд перекрывают в течение 35-40 минут, и по окончания данного времени открывают зонд для обратного вытекания веденной жидкости и очишения кишечника от его содержимого.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

Заказ Тираж Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а